



POLIZZA SANITARIA – PIANO C
CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

Condizioni di Assicurazione

Sommario

PREMESSA	3
DEFINIZIONI.....	4
Condizioni Generali di Assicurazione	7
Art. 1 – Definizioni	7
Art. 2 – Assicurati.....	7
Art. 3 – Oggetto dell’Assicurazione.....	7
Art. 4 – Anticipo.....	8
Condizioni Particolari di Assicurazione	10
Art. 5 – Delimitazione dell’Assicurazione	10
Art. 6 – Persone non assicurabili	10
Art. 7 – Estensione territoriale	10
Art. 9 – Criteri di liquidazione.....	12
Art. 9.1 – Sinistri in strutture convenzionate con la Società.....	12
Art. 9.2 – Sinistri in strutture non convenzionate con la Società.....	12
Art. 9.3 – Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale.....	13
Art. 10 – Reportistica sinistri	13
Art. 11 – Pagamento del premio - decorrenza dell’Assicurazione.....	13
Art. 12 – Controversie.....	14
Art. 13 – Foro competente	14
Art. 14 – Durata del contratto	14
Art. 15 – Forma delle comunicazioni della Contraente e dell’Assicurato alla Società.....	14
Art. 16 – Clausola Broker	15
Art. 17 – Imposte.....	15
Art. 18 – Inclusioni nel corso dell’anno	15
Art. 19 – Premio.....	16
Allegato n° 2	17

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente /Assicurato*.

PREMESSA

La validità del presente contratto è subordinata alla sussistenza in vigore della *polizza A)* del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento.

Si precisa inoltre che le garanzie oggetto del contratto in questione sono cumulabili con le garanzie previste dai contratti *Polizza Sanitaria A)* e *Polizza Sanitaria B)* e, pertanto, devono intendersi complementari, cioè assumono il valore, il significato, e si rivelano utili, per il fatto di trovarsi accostate, connesse e inserite le une nelle altre.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente* /*Assicurato*.

DEFINIZIONI

I termini, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in corsivo.

I termini definiti al singolare si intendono definiti anche al plurale e viceversa.

ASSICURAZIONE

Il Contratto di *Assicurazione* sottoscritto dal *Contraente*.

BROKER

L'intermediario che, ai sensi dell'art. 109, comma 2 lettera b) del D. Lgs. 209/2005, ha ricevuto l'incarico dal *Contraente* per l'assistenza nella stipulazione, gestione ed esecuzione del presente Contratto di *Assicurazione*.

POLIZZA

Il documento che prova l'*Assicurazione*.

CONTRAENTE

L'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.

ASSICURATO

Le persone nel cui interesse è stipulata l'*Assicurazione*.

NUCLEO FAMILIARE

L'intero *nucleo familiare* composto da: coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia o fiscalmente a carico.

SOCIETA'

Compagnia Assicuratrice.

PREMIO

La somma dovuta alla *Società*.

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

MALATTIA

Qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da *infortunio*.

MALFORMAZIONE

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

MASSIMALE

La massima spesa rimborsabile per tutti i componenti del *nucleo familiare* che fa capo all'*Assicurato*, per una o più *malattie* e/o *infortuni* che diano diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

DIFETTO FISICO

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

ISTITUTO DI CURA

Ospedale, Clinica o Istituto universitario, Casa di Cura, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, **con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.**

RICOVERO

Degenza in *Istituto di cura* che comporti pernottamento documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

DAY-HOSPITAL

La degenza esclusivamente diurna, ancorché non ininterrotta, in *Istituto di cura*, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di *ricovero* ordinario, ma che comunque richiedono, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medica ed infermieristica continuativa.

La degenza deve essere documentata da cartella clinica dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'*Assicurato* nell'*Istituto di cura*.

INTERVENTO CHIRURGICO

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, compresi quelli utilizzando Laser, Criochirurgia o termoablazione.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE/ DAY SURGERY

L'intervento di chirurgia, effettuato senza *ricovero*, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'*Assicurazione*.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla *Società* in caso di *sinistro*.

FRANCHIGIA

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'*Assicurato*.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero di giorni per i quali non viene corrisposto all'*Assicurato* l'importo contrattualmente garantito.

SCOPERTO

Percentuale del danno indennizzabile che resta a carico dell'*Assicurato*.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Cartella Clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci), nonché del certificato del PS in caso di *infortunio*.

In caso di *infortunio* occorso durante l'attività lavorativa dichiarazione del Comando comprovante l'*infortunio* occorso durante l'attività professionale.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente* /*Assicurato*.

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA

Istituto di cura, Poliambulatorio, Centro Specialistico e relativi Medici Chirurghi con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una *malattia*.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Condizioni Generali di Assicurazione

Art. 1 – Definizioni

Nel testo, la parola "*Società*" designa la Compagnia così come indicata nella sezione Definizioni, per "*Contraente*" si intende l'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, per "*Assicurato*" si veda quanto disposto dall'art. 2.

Art. 2 – Assicurati

Sono assicurati con il presente contratto i soggetti che aderiscono compilando l'apposito modulo di adesione e versano un *premio* a proprio carico nei modi e termini indicati.

Gli *Assicurati* devono rientrare tra una delle seguenti tipologie:

- PERSONALE DEL C.N.VV.F. e relativo *nucleo familiare*;
- PERSONALE IN QUIESCENZA DEL C.N.VV.F. e relativo *nucleo familiare*;
- PERSONALE DIPENDENTE DELL'AMMINISTRAZIONE CIVILE DELL'INTERNO IN SERVIZIO PRESSO IL DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL FUOCO DEL SOCCORSO PUBBLICO E DELLA DIFESA CIVILE e relativo *nucleo familiare*.

L'adesione alla presente *polizza* non è subordinata all'adesione al piano B.

Art. 3 – Oggetto dell'Assicurazione

La *Società*, per le *malattie* e gli *infortuni* verificatisi nell'anno assicurativo, rimborsa le spese sostenute:

A) in caso di *intervento chirurgico*, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di *ricovero* in *Istituto di cura*, *Day Hospital* o ambulatorio per:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e *accertamenti diagnostici*, riguardanti il periodo di *ricovero* o sostenuti durante il *Day Hospital* o in ambulatorio per l'*intervento chirurgico*;
- rette di degenza **fino al limite giornaliero di € 250,00**;
- esami, *accertamenti diagnostici* e visite specialistiche, **effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in Istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni**;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), **effettuati nei 90 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni**;
- prelievo di organi o parte di essi; *ricovero* relativo al donatore e gli *accertamenti diagnostici*, assistenza medica ed infermieristica, *intervento chirurgico* di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in *Istituto di cura*, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'*Assicurato* **con il limite giornaliero di € 60,00 e con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa e per nucleo familiare**;
- trasporto dell'*Assicurato* in autoambulanza all'*Istituto di cura* e viceversa, **col massimo di € 1.100,00 per intervento o ricovero**;

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, **col massimo di € 2.000,00 per intervento o ricovero.**

In caso di parto con taglio cesareo, la Società rimborsa le spese sopra indicate **fino a concorrenza del limite di € 7.500,00 per annualità assicurativa.**

In caso di decesso conseguente ad *intervento chirurgico* avvenuto all'estero, l'Assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma **fino ad un massimo di € 1.600,00 per evento.**

B) in caso di *ricovero* in *Istituto di cura* o in regime di *Day Hospital* che non comporti *intervento chirurgico* per:

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed *accertamenti diagnostici* riguardanti il periodo di *ricovero* o sostenuti durante il *Day Hospital*;
- esami, *accertamenti diagnostici* e visite specialistiche, **effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero in Istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;**
- rette di degenza **fino al limite giornaliero di € 250,00;**
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), **effettuati nei 90 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;**
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'Istituto di cura e viceversa, **col massimo di € 1.100,00 per ricovero.**

C) in caso di *ricovero* per parto senza taglio cesareo, **fino a concorrenza del limite di € 2.600,00 per annualità assicurativa, e per nucleo familiare** per:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli *accertamenti diagnostici* riguardanti il periodo di *ricovero*, anche per il neonato;
- le rette di degenza **fino al limite giornaliero di € 250,00.**

La presente *Assicurazione* si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo è prestata **fino a concorrenza della somma di € 100.000,00**, da intendersi come disponibilità unica **per annualità assicurativa per nucleo familiare, con applicazione di uno scoperto del 10%, con il minimo di € 500,00 ed il massimo di € 2.500,00, nel caso di ricovero Fuori Rete.**

Art. 4 – Anticipo

Nei casi di *ricovero* per il quale l'Istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente – **entro il limite dell'80% della somma assicurata** – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- **non sorgano contestazioni sulla risarcibilità** a termini di contratto delle spese di *ricovero*;

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente /Assicurato*.

- sia presentata la certificazione dell'*Istituto di cura* che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente* /*Assicurato*.

Condizioni Particolari di Assicurazione

Art. 5 – Delimitazione dell'Assicurazione

Sono escluse dal rimborso le spese per:

- la cura delle *malattie* mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- il rimborso delle spese relative ad *infortuni* derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) purché non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;
- gli *infortuni* sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'*Assicurato*, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'*Assicurato* stesso.

Sono inoltre esclusi dall'*Assicurazione*:

- le applicazioni di carattere estetico;
- le cure dentarie e delle parodontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio;
- le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

Art. 6 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

In ogni caso l'*Assicurazione* cessa con il loro manifestarsi.

Il *Contraente* dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla *Società* nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'*Assicurazione* cessa alla prima scadenza annuale successiva per l'*Assicurato* che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di *premi* scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, *premi* che in tal caso vengono restituiti al *Contraente* al netto degli oneri fiscali.

Art. 7 – Estensione territoriale

L'*Assicurazione* vale per il mondo intero.

Art. 8 – Modalità di attivazione delle prestazioni – portale Web e/o App e Centrale operativa (Call Center)

La *Società* garantisce l'accesso alle prestazioni da parte degli assistiti mediante i seguenti servizi:

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

a. Portale WEB e/o APP

La *Società* garantisce la disponibilità, dal momento della stipula del contratto, del proprio portale web/sito internet e/o APP, di facile accessibilità da parte dei soggetti assistiti, che, anche allo scopo di evitare il più possibile l'utilizzo del supporto cartaceo, consente agli Assistiti di:

- (1) attivare le richieste di assistenza diretta e indiretta, allegando la relativa *documentazione sanitaria* e di spesa, in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personali, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza;
- (2) scaricare le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato delle *Strutture Sanitarie convenzionate*, la modulistica di supporto all'assistito nell'ipotesi di attivazione del servizio via fax o mail;
- (3) visualizzare lo stato delle richieste di autorizzazione e delle pratiche di rimborso inserite o delle richieste di assistenza per la risoluzione di problematiche inerenti all'utilizzo del portale;
- (4) visualizzare e stampare un elenco delle prestazioni erogate per anno solare, sia in regime di assistenza diretta che in regime di assistenza indiretta;

b. Centrale Operativa (Call center)

La *Società* garantisce la disponibilità, dal momento della stipula del contratto, di una Centrale Operativa raggiungibile tutti i giorni feriali (dal lunedì al venerdì), dalle 9.00 alle 18.00 attraverso i seguenti numeri telefonici dedicati:

- Per chi chiama dall'Italia: 800 954454
- Per chi chiama dall'Estero: +39 011 7425522

e che assicura i seguenti servizi:

- informazioni sulle strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);
- informazioni sul piano sanitario;
- modalità di attivazione delle garanzie (assistenza diretta e indiretta);
- informazioni sui centri medici specializzati e sulle strutture convenzionate;
- informazioni riguardo alle modalità di attivazione delle prestazioni dirette e indirette;
- gestione delle pratiche individuali di assistenza diretta e indiretta o altre prestazioni attivate o da attivare previste dal Piano per il personale;
- gestione problematiche inerenti all'utilizzo del portale web e/o App (in ordine a iscrizioni, variazioni, inserimento documentazione ecc.).

Si precisa che ***l'Assicurato o chi per esso per usufruire della struttura convenzionata dovrà, almeno 72 ore prima di quando intende effettuare la prestazione, inserire la richiesta nella piattaforma web e/o app o contattare la Centrale Operativa e specificare la prestazione richiesta.***

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla piattaforma web e/o app o alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato al successivo articolo 9.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società".

Qualora l'Assicurato utilizzi una *struttura sanitaria convenzionata* con la Società senza avere preventivamente prenotato la prestazione tramite piattaforma web e/o app o Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'articolo 9.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Art. 9 – Criteri di liquidazione

Si precisa che **nel caso di uno o più sinistri dipendenti dallo stesso evento (malattia o infortunio) che interessi più prestazioni, la Società rimborserà l'importo massimo, per persona e per anno, indicato nelle singole garanzie salvo l'applicazione di eventuali scoperti e franchigie in esse previste.**

Art. 9.1 – Sinistri in strutture convenzionate con la Società

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

Inoltre, in caso di *ricovero* **dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa (fatture e ricevute) a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.**

In caso di prestazione extraricovero **l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.**

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, **salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.**

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un *intervento chirurgico* o un *ricovero* medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al *ricovero* verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 9.2.

Si precisa che *l'Assicurato* può accedere a qualsiasi struttura convenzionata presente su tutto il territorio nazionale.

In mancanza di struttura convenzionata in prossimità della dimora dell'Assicurato, **previa autorizzazione della Centrale Operativa**, tutte le spese verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 9.2, senza applicazione di alcuno *scoperto* o *franchigia* a carico dell'Assicurato.

Art. 9.2 – Sinistri in strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, **l'Assicurato deve inviare direttamente alla Società il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.**

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, **previa consegna alla Società della copia della documentazione di spesa** (distinte e ricevute), **debitamente quietanzata.**

La Società mette a disposizione degli Assicurati un portale web dedicato tramite cui l'Assicurato potrà effettuare le richieste di rimborso e caricare le copie della documentazione di spesa. Il portale consente il

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

caricamento delle copie pdf delle fatture e della documentazione medica, nonché consente all'Assicurato di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche e l'aggiornamento della propria anagrafica compreso l'indicazione dell'Iban su cui effettuare i rimborsi.

In alternativa al canale web la Società mette a disposizione degli Assicurati un Modulo di richiesta di rimborso **a cui dovranno essere allegati i documenti di spesa e i certificati in fotocopia. Il Modulo dovrà essere inviato tramite posta all'indirizzo indicato dalla Società.**

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente assistenziale o dal Servizio Sanitario Nazionale. Ovviamente **dal rimborso verrà detratto quanto riconosciuto dai suddetti enti.**

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, **sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.**

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni della Banca D'Italia.

Art. 9.3 – Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, **sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.**

Il rimborso verrà corrisposto in Italia in Euro.

Art. 10 – Reportistica sinistri

Al termine di ogni semestre, e comunque entro i 30 giorni solari successivi al termine della semestralità, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire alla Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza. Tale elenco, che dovrà essere fornito in formato Excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura) e riportare il riepilogo delle prestazioni erogate, dovrà essere conforme alla tabella di cui all'allegato 2.

Resta inteso che tutti i dati relativi ai sinistri, richiesti nel presente paragrafo, dovranno essere trasmessi ufficialmente dalla Società sia in formato elettronico che in formato cartaceo.

Per ciascuna settimana intera di ritardo nella trasmissione della reportistica, la Società corrisponderà alla Contraente una penale pari a euro 200,00 .

Art. 11 – Pagamento del premio - decorrenza dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza **se il premio di perfezionamento viene versato al Broker entro i termini prestabiliti** comunicati da ONA **non oltre 90 giorni dalla data di decorrenza del contratto.**

Se non vengono pagati i premi o le rate di premio successive entro i termini prestabiliti, l'Assicurazione si intenderà cessata e non sarà possibile rinnovare la copertura fino alla naturale scadenza contrattuale.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

I premi devono essere corrisposti alla Società per il tramite del Broker a cui è affidato il contratto.

Art. 12 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della *malattia* o dell'*infortunio*, nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti possono conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di *polizza* ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede presso il capoluogo della Regione dove dimora l'*Assicurato*.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 13 – Foro competente

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente art. 12 è competente, a scelta della parte attrice, il Foro di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede la *Società Contraente*.

Art. 14 – Durata del contratto

L'Assicurazione ha durata 36 mesi e ha effetto dalle ore 24 del 30/11/2024 e **scadrà alle ore 24 del 30/11/2027 e cesserà automaticamente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta da ambo le parti.**

La *Società* si impegna a concedere, su richiesta del *Contraente*, una estensione temporanea della presente *Assicurazione* alle medesime condizioni contrattuali ed economiche **fino a un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza**, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova *Assicurazione*, **il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.**

È comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente *Assicurazione* ogni anno, mediante **disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R o PEC** (posta elettronica certificata) spedita **almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza annuale.**

La *Società* si impegna a concedere, su richiesta del *Contraente* in caso di invio della disdetta, un'estensione della presente *Assicurazione* alle medesime condizioni contrattuali ed economiche **fino a un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza**, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova *Assicurazione*, **il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.**

Art. 15 – Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società

Salvo diversa disposizione specificatamente richiamata nei singoli articoli, **tutte le comunicazioni** alle quali sono tenuti il *Contraente*, l'*Assicurato* o la *Società* **devono essere fatte mediante fax, raccomandata o posta elettronica.**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente* /Assicurato.

Art. 16 – Clausola Broker

L'Ente *Contraente* dichiara di avere affidato la gestione del contratto alla GBSAPRI SpA . Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente *polizza*, la *Società* dà atto che ogni comunicazione fatta dal *Contraente* al *Broker* si intenderà come fatta alla *Società* stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal *Broker* alla *Società* si intenderà come fatta dal *Contraente* stesso. Pertanto tutti i rapporti inerenti il contratto, compreso il pagamento dei *premi*, avverranno per il tramite del *Broker* e la *Società* riconosce che il pagamento dei *premi* effettuato dal *Contraente* a favore del *Broker* si intende come effettuato direttamente alla *Società* stessa ed è da considerarsi liberatorio per il *Contraente*.

L'opera del *Broker*, unico intermediario nei rapporti con la Compagnia di Assicurazione, verrà remunerata dalla Compagnia con la quale vengono stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti nella misura del 6% (sei per cento). La remunerazione del *Broker* non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il *Contraente*, e andrà dalla *Società* assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel *premio*, per gli oneri di distribuzione e produzione.

La *Società* riconosce che la provvigione del *Broker* è a proprio carico.

Art. 17 – Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al *premio*, agli accessori, alla *polizza* ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della *Contraente* per le parti di rispettiva competenza.

Art. 18 – Inclusioni nel corso dell'anno

La garanzia assicurativa è valida per gli *Assicurati* nominativamente indicati nel documento di *polizza* o appendice relativa.

La scheda di adesione dovrà pervenire al *Broker* entro 90 giorni dalla data di decorrenza della *polizza* contestualmente all'invio della documentazione comprovante il versamento del relativo *premio*, con decorrenza della garanzia dalla data di decorrenza della *polizza*.

In caso di mancato rinnovo annuale dell'adesione, non sarà più possibile aderire in occasione dei successivi rinnovi.

Le richieste di inclusione di nuovi *Assicurati* in corso di garanzia saranno possibili solo nei seguenti casi:

- **variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza e nuove nascite;**
- **neoassunti o trasferiti all'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile.**

In tali casi **la scheda di adesione dovrà pervenire al *Broker* entro il 30 del mese successivo a quello di variazione** dello stato di famiglia, e/o dell'assunzione o trasferimento, della data del provvedimento di iscrizione al ruolo, **pena la decadenza del diritto.**

La decorrenza della garanzia sarà quella della data di variazione dello stato di famiglia, e/o dell'assunzione o del trasferimento.

Contestualmente dovrà essere inviata la documentazione comprovante il versamento del relativo *premio*.

Ai fini del pagamento del *premio* resta inteso che:

- **se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo, la stessa comporta la corresponsione dell'intero *premio* annuo;**
- **se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo, verrà corrisposto il 50% del *premio* annuo.**

Eventuali esclusioni non comporteranno la restituzione del *premio* relativo al periodo pagato e non goduto.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente /Assicurato*.

Art. 19 – Premio

Il *premio* annuo lordo per nucleo di *polizza* deve intendersi pari ad € 675,00.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Allegato n° 2

REPORT SINISTRI

Andamento sinistri alla data del

Polizza n.

Periodo: dal __/__/__ al __/__/__

Tipologia Prestazione	Numero Sinistri in rete	Liquidato in rete	Numero sinistri fuori rete	Liquidato fuori rete
Diaria da Ricovero con intervento chirurgico				
Diaria per Grande Intervento				
Diaria da Ricovero senza intervento chirurgico				
Alta Specializzazione				
Accertamenti diagnostici				
Visite specialistiche				
Malattie Oncologiche				
Malattie Cardiovascolari				
Prevenzione				
Chirurgia refrattiva				
Terapia Fisica e Riabilitazione				
Grandi Ustioni				
Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio				
Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio				
Rischio nucleare				
Terapia iperbarica				
Traumi dentari a seguito di infortunio				
Altro				

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

REPORT SINISTRI

Andamento sinistri alla data del

Polizza n.

Periodo: dal __/__/__ al __/__/__

Descrizione analitica prestazione	Numero sinistri in Rete	Numero sinistri Fuori Rete	Numero sinistri SSN	Numero sinistri sesso F.	Numero sinistri sesso M.	Totale numero sinistri
Totale complessivo						